

Meggondolások a myocardialis infarctus acut szakában a haemostasist befolyásoló terápiás eljárásokkal kapcsolatban

GÖBL GÁBOR DR., BARSÍ BÉLA DR.

Ismert az az ugrásszerű fejlődés, amely az acut myocardialis infarctus (AMI) kezelésében az elmúlt évtizedekben végbement. Ezt kórházon belül az intenzív terápia, extrahospitálisan pedig a kiemelt szintű helyszíni ellátás kialakulása tette lehetővé. Nem szabad figyelmen kívül hagyni azonban, hogy e magas szintű terápiás lehetőségek is csupán a kórfolyamat minél szövődménymentesebb lefolyását törekednek elősegíteni.

Már korábban is voltak törekedések arra, hogy a kialakulóban levő myocardium necrosis nagyságát a haemostasis befolyásolása révén a lehető módon csökkentsék. Gondolunk a ma már korszerűtlennek tartott Heparin érára.

Mint tudjuk, a kedvező külföldi tapasztalatok alapján hazánkban is bevezetésre került az AMI kezelésében a szelektív thrombolysis (SZT) útján való koszorúér recanalisatio -ezidáig 3 intézményben.

Az AMI kórfolyamatának a haemostasis oldaláról való ezen újszerű megközelítése bizonyos mértékű oki kezelést is jelent.

Míg a Heparin kezelés legfeljebb a thrombusnövekedés meggátlására lehet alkalmas, a thrombolysis szelektív formája helyileg nagymértékben hatásos, és ugyanakkor a szervezet egészét megkíméli az eljárás szövődményeitől. A módszer technikai alapját közismerten a coronaria katéterezés képezi, az elzáródás coronarográfiával lokalizált helyére, illetve az alvadékon túl juttatják a sterptokináze készítményt. A sikeresség ismételt coronarográfiával demonstrálható. Az eredményt alvadásgátló kezelés bevezetésével teszik tartóssá.

Érthető, hogy az eljárás szakember - és eszközigényes, anyagi kihatásai tetemesek. Jelen hazai körülmények között a SZT messze meghaladja a szokványos coronaria-őrzők kereteit és egyáltalán nem jön szóba az AMI helyszíni ellátási körülményei között. Mégis, az oxyológia szemlélet megköveteli, hogy a mentőorvos már a helyszínen bizonyos szelekciót alkalmazva felismerje, hogy kik a SZT potenciális várományosai.

Az Országos Kardiológiai Intézetben 1983 júliusáig thrombolysisben részesült 68 beteg. Közülük mindössze 30 került úgy SZT-re, hogy ennek szükségességét a mentőorvos már a helyszínen felvetette. A más kórházból átvett 11 betegnek legalább egy részénél ugyanez a meggondolás érvényesülhetett volna, még a primer transzport idején.

A továbbiakban szeretnénk érzékeltetni, hogy mennyire problematikus lehet a mentőorvos számára a betegnek SZT -re való alkalmasságának felvetése, illetve kizárása. Egyrészt figyelembe kell venni a kórfolyamat konkrét alakulásából adódó feltételeket, így az eleve kizáró tényezők jelenlétét (70 év feletti életkor, recidív AMI, balszárblock, cardiogén shock, és 6 óránál hosszabb ideje zajló kórfolyamat). Másrészt a célintézet megválasztása lehet ugyancsak problematikus, adott esetben választhatunk a szokványos intenzív ellátást nyújtó osztály, illetve az esetleg távolabb eső, de a SZT lehetőségét is biztosító speciális szakintézet között.

Nem csupán a SZT -re való alkalmasság megállapítása okozhat a mentőorvosnak nehézséget, hanem a mentőgyakorlat tapasztalata szerint ezen betegek ellátásában is lehetnek zavaró körülmények. Többször tapasztaltuk secunder transzportok kapcsán, hogy nem történt meg a beteg adekvát ellátása arra való hivatkozással, hogy az nehogy interferáljon a szándékolt SZT -sel.

Le kell szögeznünk, hogy az esetleg tervezett SZT -től függetlenül elengedhetetlen az adekvát fájdalomcsillapító és antiaritmiás kezelés.

Göbl, G., Barsi, B.: Considerations in the acute phase of myocardial infarction concerning therapeutic procedures influencing the hemostasis